

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 juillet 1895, à 1 heure

Par FRANÇOIS DUHAMEL

Né à Pontivy, le 31 août 1867.

TRAITEMENT
DES
ADÉNITES TUBERCULEUSES DU COU

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. TARNIER, professeur.
LETULLE, POIRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 25 juillet 1895, à 1 heure

Par FRANÇOIS DUHAMEL

Né à Pontivy, le 31 août 1867.

TRAITEMENT

DES

ADÉNITES TUBERCULEUSES DU COU

Président : M. STRAUS, professeur.

Juges MM. TARNIER, professeur.
LETULLE, POIRIER, agrégés.

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1895



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNETHIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Regrets éternels.

A MA BONNE MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE NANTES

A M. LE PROFESSEUR LAENNEC

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR STRAUS

AVANT-PROPOS

Dans le cours de nos études, ayant eu souvent l'occasion de rencontrer et de comparer les résultats obtenus par les différents traitements employés contre les adénites tuberculeuses, notre attention fut attirée sur ce sujet et il nous sembla intéressant de chercher quelle part revenait à chacun d'eux et dans quelles variétés cliniques l'un ou l'autre devait l'emporter. Nous nous attacherons donc dans ce modeste travail à étudier les traitements préconisés à l'heure actuelle par leurs partisans respectifs et à voir dans quel cas nous devons nous conformer à leurs indications.

Avant d'entreprendre cette tâche, nous tenons à adresser le témoignage de notre respect à tous nos maîtres dans les hôpitaux.

Nous remercions M. Straus en qui nous avons trouvé le plus bienveillant des maîtres et qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Que MM. les professeurs Potain, Tillaux,

Tarnier, dont nous avons eu aussi l'honneur d'être l'élève, veuillent bien agréer le témoignage de notre reconnaissance pour les excellents enseignements que nous avons puisés à leurs savantes cliniques.

Nous tenons particulièrement à remercier M. le Dr Beurnier qui a bien voulu nous communiquer des observations si intéressantes de l'hôpital de Moisselles.

TRAITEMENT
DES
ADÉNITES TUBERCULEUSES
DU COU

Nous avons aujourd'hui une notion précise de la tuberculose ganglionnaire : les travaux histologiques et surtout les travaux bactériologiques récents ont définitivement établi son individualité entre les adénites chroniques. Mais si nous sommes arrivés à nous entendre sur la nature d'une affection si commune, que de diversités d'opinions encore quand on aborde le traitement.

C'est à cette question du traitement que nous avons consacré cette étude.

Avant de l'aborder nous rappellerons en quelques mots l'historique de l'adénite tuberculeuse.

L'histoire de la tuberculose ganglionnaire nous présente trois phases :

Dans une première phase qui s'étend aussi loin que nous pouvons remonter, les adénites froides, comme les ulcérations et les cicatrices qui leur succèdent, sont considérées comme les meilleurs symptômes de la scrofule alors regardée comme entité morbide.

Avec Laënnec s'ouvre la seconde période caractérisée par l'application aux affections ganglionnaires des données de l'histologie naissante.

On rencontre dans certains ganglions scrofuleux le tubercule décrit dans le poumon et Laënnec indique quelques cas où le poumon a été atteint secondairement par la tuberculose, dont la première manifestation a eu lieu au niveau des ganglions. Lebert va jusqu'à affirmer que de toutes les causes d'adénites chroniques, la tuberculose est la plus fréquente. On est arrivé à concevoir l'adénite tuberculeuse indépendante de l'adénite scrofuleuse ; on considère les deux processus comme extrêmement voisins, mais on manque totalement de tout élément certain de diagnostic permettant de trancher à coup sûr entre elles. Seule l'existence de la granulation grise peut faire pencher pour la tuberculose. Schüppel en 1871 vient en démontrer la présence dans tous les ganglions dits scrofuleux ; le règne de la scrofule est de

plus en plus restreint, jusqu'au jour où Thaon vient identifier les lésions ganglionnaires tuberculeuses et scrofuleuses dont la caractéristique anatomo-pathologique commune est le nodule tuberculeux. Cette théorie uniciste est confirmée successivement par Friedlander, Lannelongue, Kiener, Brissaud, malgré des contestations de la part de Cornil et de Grancher qui admettent en faveur de la scrofule des nuances de structure caractéristiques, derniers arguments en faveur de l'individualité de la scrofule.

La bactériologie contemporaine est venue porter le dernier coup aux derniers dualistes.

Le bacille de la tuberculose est la conquête de la troisième et dernière de nos périodes : R. Koch, en 1882, le rencontre la plupart du temps dans les cellules géantes des ganglions dits scrofuleux ; Schuchardt et Kraus l'y trouvent constamment.

Ces faits sont confirmés par Cornil et Babès, et dans les cas où les bacilles ne se présentent pas à l'examen histologique, les inoculations viennent constamment en démontrer la présence.

Les découvertes modernes ont donc définitivement fait justice de la notion de scrofule, pour y substituer celle de tuberculose, affection dont les travaux de Villemain nous ont appris la nature virulente et spécifique.

Cette notion étant acquise et démontrée

encore plus sûrement par les travaux modernes, le traitement devra donc s'adapter à ce que nous connaissons du bacille de Koch, et l'on voit immédiatement que l'intervention chirurgicale aura sa raison d'être chaque fois que l'on pensera débarrasser l'organisme du bacille et éviter la généralisation.

Mais d'abord, avant de baser un traitement quel qu'il soit sur ce que nous savons, il est indispensable de savoir si précisément cette adénite tuberculeuse est une tuberculose locale ou une manifestation d'une tuberculose déjà généralisée.

L'adénite tuberculeuse peut-elle être une tuberculose locale ? Voilà le problème dont la solution doit être la première pierre de l'édifice.

Comment le bacille a-t-il pu pénétrer dans les ganglions ? Evidemment par quelque solution de continuité, soit des muqueuses, soit de la peau. Ce bacille, qui se trouve répandu à l'infini, que nous portons même sur nous, comme l'a démontré M. Straus dans ses dernières expériences si intéressantes de la Charité, pénètre sitôt que le terrain lui est favorable.

Mais comment se localise-t-il au ganglion sans laisser de trace dans les viscères, comme on peut le voir à l'autopsie ? Ici, la question devient plus embrouillée. C'est que sur la lésion initiale, le bacille a proliféré, donnant un tubercule anatomique ou une ulcération ;

qu'il a pénétré par les lymphatiques jusqu'au ganglion qui va devenir un foyer d'infection.

Ces faits de tuberculose lymphatique primitive avaient déjà été vus par Laënnec, qui dans son *Traité d'auscultation médiate* dit : « La tuberculose peut commencer par les ganglions lymphatiques et le poumon peut n'être que postérieurement atteint. »

Est-ce à dire que l'organisme ne puisse pas réagir contre l'invasion du bacille. Ici se place l'idée que nous croyons la vraie. Il faut que le bacille trouve un terrain en état de réceptivité, et dire avec Reclus : « Il faut que l'organisme consente à l'invasion et qu'il offre un sol favorable où les germes puissent pulluler. » Ceci nous expliquerait immédiatement la plus grande fréquence de l'adénopathie tuberculeuse chez l'enfant. En effet, chez celui-ci le système lymphatique est beaucoup plus actif, les glandes plus volumineuses, et donne plus de prise aux bacilles sous l'influence d'infection banale comme les poussées de périostite alvéolo-dentaire, les amygdalites, les angines, etc.

Telle serait donc l'origine de la tuberculose ganglionnaire, et l'expérimentation, l'autopsie viennent la confirmer. M. Quinquaud dans sa thèse sur « *La scrofule dans ses rapports avec la phtisie pulmonaire* » dit lui-même : « Un homme, jeune encore, à la suite de fatigues, etc. (soldats, prisonniers), présente une

augmentation de volume des ganglions, le plus souvent cervicaux, parfois les inguinaux et axillaires. Il se fait une tuberculose primitive des ganglions ; des mois se passent sans grand changement dans la santé générale, puis tôt ou tard apparaît de l'amaigrissement, de la pâleur, et le malade meurt après un temps variable. A l'autopsie, on trouve de la tuberculose lymphatique et parfois quelques granulations récentes dans le poumon. La lésion ganglionnaire a évidemment précédé la lésion granulique ».

Depuis de nombreuses thèses et de nombreuses observations sont venues s'ajouter aux précédentes et confirmer cette théorie à l'encontre de celle de l'hérédité, qui impliquerait la généralisation et serait une contre-indication à toute intervention chirurgicale.

Nous ne pouvons nous engager dans cette discussion qui nous entraînerait trop loin hors de notre sujet et nous ne ferons que nous ranger à l'opinion de M. Straus dont l'opinion est prépondérante après ses derniers travaux. « L'infection fœtale incontestable mais tout-à-fait exceptionnelle ne saurait être invoquée comme donnant la solution univoque du problème si complexe de l'hérédité de la phtisie ; encore moins peut-on revendiquer pour l'infection fœtale la part du lion dans l'étiologie entière de la maladie et considérer la plupart des cas de tuberculose, à quelque moment de la vie qu'ils

se développent, comme étant non pas des phtisies acquises, mais des phtisies congénitales tardives. L'infection pendant la vie extra-utérine est le mode ordinaire, de beaucoup le plus fréquent, d'après lequel la maladie se propage et se perpétue ».

Nous avons cru indispensable avant d'aborder le traitement des adénites tuberculeuses, d'étudier rapidement leur étiologie, car c'est sur ces conclusions que doit reposer tout entier le traitement et se baser l'intervention chirurgicale de cette affection locale.

Nous verrons dans le cours de cette étude quelle réserve nous devons faire et dans quel cas on doit y avoir recours.

FORMES ET MARCHE GENERALE

Voyons donc sous quelles formes se présentent à nous les adénites tuberculeuses.

Cliniquement, M. Lèjars distingue trois formes très nettes.

Ces trois formes se mélangent ou se succèdent fréquemment.

Ce sont : la tuberculose mono-ganglionnaire ;

La grappe poly-ganglionnaire ;

Le paquet poly-ganglionnaire.

Toutes formes donnant des indications différentes au point de vue thérapeutique.

Ces formes peuvent passer elles-mêmes par trois stades différents : granulation, caséification et suppuration.

Dans la première forme, on trouve un ganglion isolé. Il s'engorge, acquiert un volume qui va sans cesse en augmentant : celui d'un haricot, d'une noix, d'une petite pomme.

Il est globuleux, ovoïde, ferme, résistant.

Un fait important, c'est qu'il est à peu près indolent. Parfois, il se rétracte, se sclérose et reste à l'état d'induration.

D'autres fois encore, il se ramollit et aboutit à la période de caséification. On voit alors se former un abcès froid ganglionnaire et péri-ganglionnaire. Le pus en est granuleux, jaunâtre, filant. Ce type d'abcès se présente chez les tout jeunes enfants à la région sous-maxillaire et sous-mentale.

La seconde forme, de beaucoup la plus commune, c'est la grappe poly-ganglionnaire. Un premier ganglion se prend, un second près de lui, puis un troisième, un quatrième; et sous la peau encore intacte, on constate la présence d'une série de petites masses ovoïdes, un peu aplaties, nettement limitées; c'est un véritable chapelet ganglionnaire.

La marche envahissante se fait le plus souvent en descendant; on observe toutefois la marche ascendante assez fréquemment.

Les ganglions continuent à s'accroître inégalement et indépendamment les uns des autres.

S'ils s'arrêtent à ce moment de leur évolution et conservent leur forme régulière et leur mobilité, ils constituent les polyadénites chroniques des strumeux, formant au cou des colliers souvent énormes et qui n'ont guère d'autre inconvénient que leur difformité.

Si, au contraire, il y a ramollissement, la peau est soulevée, tendue; elle rougit, s'infiltré et adhère au ganglion caséifié.

Le pus granuleux est encapsulé au début;

plus souvent l'abcès est intra et extra-ganglionnaire. La peau s'amincit, de sa face profonde à sa superficie, devient violacée, là où saille l'abcès. Celui-ci finit par s'ouvrir et se vider, donnant ainsi naissance à une fistule tuberculeuse.

Le processus de caséification n'est pas le même et ne va pas avec la même rapidité dans toutes les glandes de la grappe.

Tandis que les unes suivent la marche que nous venons de décrire, d'autres continuent à augmenter de volume, et atteignent celui d'un œuf, sans se ramollir. De ces différents modes dans la marche de l'adénite, il résulte que la surface de la grappe est toujours accidentée. Elle présente une série de bosselures inégales, et de cratères fongueux.

Bien que la forme de tuberculose ganglionnaire la plus répandue, soit la grappe, il en est une autre qui se rencontre encore assez fréquemment : c'est le paquet polyganglionnaire, qui n'est en somme qu'un degré plus avancé dans le processus.

Les glandes, au lieu d'être nettement isolées, sont réunies en paquet et fusionnées par une gangue épaisse due à la péri-adénite.

On a alors la sensation d'une tumeur épaisse qui glisse tout d'une pièce sur les tissus profonds, mais cette tumeur finit par s'infiltrer entre les muscles et par endroits elle devient

fixe et ne peut plus être mobilisée. La surface en est irrégulière ; elle est lobulée, indurée en certains points, molle et fluctuante en d'autres.

Cette tumeur se caséifie et s'ulcère le plus souvent par foyers circonscrits et disséminés d'où productions d'orifices déchiquetés, d'aspect si caractéristique ; les ulcérations sont souvent reliées entre elles par des décollements sous-cutanés, sinueux, qui envoient des prolongements multiples.

Dans ces trois formes de tuberculose ganglionnaire que nous avons passées en revue, la marche est habituellement lente, chronique. Il y a néanmoins des variétés.

Parfois dès le début il y a adénite caséreuse aiguë, l'adénite tuberculeuse prenant nettement les caractères d'un adéno-phlegmon, auquel succède l'évolution chronique de l'affection.

Le plus souvent, ce sont des poussées aiguës au cours de la tuberculose ganglionnaire chronique.

Mais ce qu'il faut surtout savoir c'est que l'adénite tuberculeuse est une des tuberculoses locales qui reste le plus longtemps confinée à son foyer primitif. Il arrive souvent, en effet, que la généralisation tarde longtemps si elle a à se faire.

La tuberculose pulmonaire en particulier apparaît tardivement.

Une autre terminaison plus brusque, toujours imminente au cours de ces adénopathies, c'est la tuberculose miliaire, aiguë, généralisée par la voie des lymphatiques.

Quels sont donc les moyens que nous avons à notre disposition pour éviter ces complications funestes ?

DIFFÉRENTS MODES DE TRAITEMENT

Il était évident que de nombreux procédés de traitement devaient être recherchés pour combattre l'adénite cervicale tuberculeuse et les malformations gênantes qu'elle occasionne.

Les traitements les plus divers ont été préconisés ; nous ne nous attacherons seulement qu'à ceux qui semblent avoir donné des résultats sérieux. Nous sommes loin du temps où l'on attribuait aux rois le pouvoir de guérir, en les touchant, les scrofuleux (Le nom de mal du roi est encore conservé en Bretagne aux manifestations scrofuleuses).

L'antisepsie fit faire un grand pas au traitement de ces affections et avec elle une méthode très ancienne remontant jusqu'à Gallien reparut plus vivace.

Pourtant, dès le début, une controverse, qui n'est pas encore réglée, s'établit entre médecins et chirurgiens. Les uns, comme Jeannel, s'appuient pour combattre l'extirpation sur la rapidité de diffusion du bacille tuberculeux ; les autres prétendent que ces bacilles sont trans-

portés au loin par réinoculation opératoire (Verneuil) et par les lymphatiques qui rayonnent du ganglion malade. En face de cette méthode se placèrent donc d'autres traitements, nés également de l'antisepsie. On chercha à attaquer le bacille autrement que par le bistouri et à le détruire par différents agents antimicrobiens introduits dans l'organisme.

Quels arguments sérieux contre l'ablation chirurgicale faisaient donc hésiter beaucoup de médecins. Les principaux sont que malgré les succès apparents de cette méthode, il faut reconnaître :

Qu'elle est rarement complète, car alors même qu'elle enlèverait tous les ganglions malades, elle ne peut débarrasser l'organisme des trajets lymphatiques unissant entre eux ces divers ganglions, et qui sûrement sont malades aussi bien que ces ganglions mêmes.

Qu'elle est impraticable dans quelques cas lors de grappes polyganglionnaires disséminées sur une large surface ou de ganglions profondément situés et adhérents aux gros vaisseaux, ou d'énormes paquets ganglionnaires fusionnés par une espèce de gangue de même nature.

Qu'elle laisse des cicatrices apparentes, étendues et indélébiles, qui ne manquent pas de porter préjudice aux malades.

Sans compter les accidents opératoires dont nous parlerons plus tard.

En présence de tous ces inconvénients, on chercha, nous le répétons, à combattre le bacille d'une autre façon, à imprégner les tissus malades d'un agent antiseptique qui détruit le bacille ou rend le terrain habité par lui, impropre à son existence. De là donc, deux méthodes bien tranchées, évidemment dominées et secondées toutes deux par le traitement général.

Nous avons, en effet, signalé la fréquence de l'adénopathie chez les enfants, et il est incontestable que chez beaucoup d'entre eux la guérison est spontanée. Est-ce à dire que cette adénopathie n'ait eu rien à voir avec le bacille de la tuberculose?

Il est maintenant bien reconnu que la tuberculose locale peut guérir et beaucoup d'enfants ont pu triompher de l'adénite tuberculeuse, grâce à une hygiène bien entendue et à une médication bien appropriée.

Les toniques; l'huile de foie de morue, le quinquina, l'arsenic, l'iodoforme, les stations maritimes constituent la base de ce traitement. Sous son influence, l'état général se relève souvent au point de pouvoir lutter avec avantage contre le bacille de Koch. Les résultats obtenus à Berck-sur-Mer, plaident assez en faveur du bienfait apporté par les stations maritimes. Nous avons été à même de le constater en Bretagne où l'adénite tuberculeuse

est fréquente, surtout dans certains endroits. Des établissements au bord de la mer fondés par des sociétés diverses sont en réalité pour le pays un des plus grands secours qu'on ait pu lui apporter.

Malheureusement ce traitement n'est pas toujours suffisant et bien des enfants reviennent de ces hôpitaux comme ils étaient partis, et l'on constate la persistance des ganglions. Chez l'adulte le traitement général a encore moins d'influence que chez l'enfant et une indication de thérapeutique plus énergique devient nécessaire.

Pour les adversaires de l'extirpation, plusieurs voies se présentent alors pour introduire dans l'organisme le médicament anti-tuberculeux : le tube digestif, mais l'estomac supporte difficilement certains médicaments à moins qu'ils ne soient très dilués, et c'est le cas pour ceux que l'on emploie contre la tuberculose. La voie intestinale préconisée ces temps derniers par le Dr Révillet n'offre pas les mêmes inconvénients. L'absorption est rapide et suffisante, mais on lui préfère généralement la méthode hypodermique qui permet d'employer à la fois de plus grandes quantités de médicaments.

Un procédé fut dès lors en vogue, nous voulons parler des injections d'huile créosotée sur lesquelles M. Denoy a fait une thèse à propos du traitement des tuberculoses ganglionnaires du

cou. Il est certain d'après les observations qu'il nous rapporte qu'une amélioration notable a été apportée dans l'état général des malades. Nous avons été à même de constater le bon effet produit par la créosote, chez les tuberculeux, mais obtient-on un résultat complet ? Dans aucune des observations de M. Denoy nous ne voyons que les ganglions aient disparu. Néanmoins il est certain que cette méthode peut prendre rang dans la thérapeutique à cause de l'amélioration qu'elle amène, et les inconvénients (troubles gastriques et albuminurie) qu'elle entraîne, peuvent être évités si l'on surveille attentivement le malade et la marche du traitement. Le malade engraisse, les ganglions diminuent de volume, les lupus se détergent et ont tendance à la cicatrisation. Nous ne saurions trop recommander de veiller à ce que la créosote employée soit pure, et nous renvoyons à la thèse de M. Denoy qui indique les moyens pratiques de s'en assurer. Au lieu de créosote on peut employer le gaiacol qui n'est d'ailleurs que le principe actif de celle-ci.

D'autres médicaments furent encore employés en injections hypodermiques et dans le même but, Besnier et Morel-Lavallée se servirent de l'huile iodoformée à l'eucalyptol, préparation qui a le désavantage sur la créosote de ne pouvoir être absorbée aux mêmes doses. On obtient par la méthode de ces injections modificatrices

que nous appellerons générales, des succès assez sensibles comme on le verra dans les observations qui suivent. En tous cas, on le verra plus tard, elles peuvent préparer la voie à une intervention plus énergique.

D'autres cherchèrent à attaquer le ganglion lui-même et à amener la guérison par des injections locales destinées à détruire directement le bacille ou à l'anéantir par la sclérose des tissus ganglionnaires et périganglionnaires.

Luton de Reims fut le promoteur de ce procédé. Les injections de teinture d'iode (Riche-lot), de liqueur de Fowler (Reclus), l'eau phéniquée à 3 pour 100, le chlorure de zinc (Bouchut), la solution de nitrate d'argent, peuvent aussi amener des modifications favorables. Les injections de naphtol camphré eurent un moment de grande vogue lors de l'apparition du naphtol dans la thérapeutique. M. Schwartz a obtenu par ce procédé la guérison, incomplète il est vrai, mais les ganglions diminuaient rapidement de volume, s'induraient et n'avaient pas tendance à la récurrence. Des observations prises à l'hôpital de Moisselles et fournies par M. Beurrier viennent encore confirmer ces heureux résultats.

L'iodoforme fit son apparition en 1881. Ver-

neuil le préféra dès ce moment à toutes les autres préparations et l'appliqua à toutes les phases de l'adénopathie tuberculeuse.

Le ganglion n'est-il pas caséeux, des injections répétées d'éther iodoformé à 10 0/0 amènent l'induration du ganglion. M. Verchère, qui a exposé la technique de cette méthode, prétend avoir obtenu les mêmes résultats avec l'éther simple. Le rôle de l'iodoforme dans ce cas particulier serait donc secondaire.

Le ganglion est-il suppuré, la ponction doit précéder l'injection, et cette combinaison répétée deux ou trois fois, à un mois six semaines d'intervalle, amène la guérison.

Mais où cette méthode devient insuffisante, c'est dans le cas d'un énorme paquet ganglionnaire, ulcéré et fistuleux. Les injections qui devraient alors être très fréquentes n'agiraient que très lentement et n'auraient toujours qu'une action locale. On devait alors songer à traiter le ganglion comme un adéno-phlegmon.

Le grattage avec la curette tranchante, la destruction au thermo-cautère des masses fongueuses suivis d'un pansement à l'iodoforme donnent alors des résultats reconnus par tous.

Néanmoins l'extirpation a encore même dans ce cas des partisans à outrance, comme Bruhn, Téale. Quoi qu'il en soit il nous semble que c'est à cette méthode dans le cas de masses ganglionnaires ulcérées que l'on doit donner la

préférence. Nous citons à ce sujet des observations où l'incision suivie d'un curettage soigné a donné des améliorations énormes. Les injections d'éther iodoformé peuvent d'ailleurs précéder le curage et les deux méthodes semblent merveilleusement s'associer ensemble. Trélat dans sa clinique chirurgicale dit : « Vous avez pu voir chaque jour les excellents résultats des injections iodoformées que nous pratiquons dans presque tous les abcès froids ganglionnaires ou autres. C'est là une méthode simple et le plus souvent efficace qui ne saurait être trop recommandée. Aussi avons-nous établi pour ainsi dire comme règle dans notre service la pratique suivante. Deux ou trois injections d'éther iodoformé sont pratiquées dans le foyer tuberculeux à un mois ou six semaines d'intervalle. Si après la troisième injection la guérison n'est pas obtenue, le foyer est largement ouvert au bistouri, gratté à la curette tranchante et alors la paroi de la poche a été si heureusement modifiée par la contact prolongé de l'iodoforme que nous obtenons presque toujours la réunion immédiate de la plaie. »

Reste donc la méthode de l'extirpation sur laquelle on a tant discuté et que nous voyons actuellement se répandre de plus en plus dans la pratique. Nous avons déjà parlé dans cet

aperçu des différents traitements de l'adénite tuberculeuse, de quelques arguments invoqués contre cette méthode. En 1884, la Société de Chirurgie se prononçait presque complètement contre l'ablation des ganglions et cherchait à combattre la généralisation de cette opération. Opérant dans une région si riche en vaisseaux, il importe que le chirurgien possède la connaissance exacte de son anatomie, une main sûre et un sang-froid éprouvé. Outre les arguments théoriques, les accidents opératoires sont à craindre. Sans parler des accidents bénins tels que : fistules lymphatiques, angines, on a en effet à relater des observations de cas de mort par entrée d'air dans les veines jugulaires (La dernière a été publiée par M. Reynier en 1888). C'est après un rapport de M. Chauvel sur un cas de mort par septicémie à la suite d'extirpation de ganglions cervicaux (hémorrhagie de la carotide et gangrène du cerveau) que la Société de Chirurgie s'émut des dangers de l'opération. On peut encore provoquer des accidents terribles en lésant les nerfs récurrent et pneumogastrique.

Mais il nous semble d'après nos recherches et ce que nous avons vu faire que l'ablation des ganglions tuberculeux est moins grave qu'on ne l'avait jugé. En effet, même avant la méthode antiseptique, Magniez pratiquait à l'hôpital de Saint-Quentin plus de deux cents extir-

pations et accusait seulement quatre morts. De 1830 à 1840 Larrey, Roux, et plus près de nous Billroth, Riedel, Fischer pratiquent l'extirpation et n'avouent que quelques insuccès opératoires. Dès 1854, Larrey écrivait : « Un fait général, un fait surprenant tout d'abord bien constaté par les chirurgiens qui ont pratiqué l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou et surtout par les chirurgiens des hôpitaux ; c'est le succès habituel, je dirai presque constant, des opérations de ce genre.

Elles sembleraient véritablement se soustraire aux chances de la plupart des opérations même minimales et aucune théorie, aucune objection ne saurait détruire la réalité de ce fait.

Il m'avait étonné lorsque j'ai vu faire et fait moi-même les premières ablations de ces sortes de tumeurs, il m'a laissé depuis la conviction d'un résultat exceptionnel en chirurgie ».

Il nous semble que l'optimisme est poussé un peu loin par M. Hyppolite Larrey et nous lui opposerons ces conclusions de M. Chauvel, ces deux conclusions nous semblant être les deux opinions extrêmes à propos de l'ablation des ganglions. « Ce n'est qu'après l'emploi des bains de mer, après un séjour prolongé à la campagne et s'il est possible dans un pays sec et chaud, après l'emploi des toniques, de l'iode, des révulsifs, que je me déciderais à intervenir. Encore bornerais-je mon intervention à l'ouver-

ture des abcès par les caustiques, au grattage et au râclage des foyers caséeux, à la destruction des tissus envahis et altérés profondément sans tenter l'extirpation radicale des ganglions », et plus loin. « La guérison de la plaie opératoire n'est pas la guérison du mal et des observations nombreuses, des succès constatés après des années pourraient seuls m'amener à devenir partisan d'une opération difficile et non sans dangers ».

Actuellement les observations suivies de succès sont moins rares, et pour s'en convaincre on n'a qu'à se reporter à une thèse remarquable de M. Manson à ce sujet. Entre les deux opinions extrêmes émises plus haut, il faut reconnaître que l'ablation des ganglions tuberculeux compte de nombreux cas de succès, mais qu'il ne faut l'employer que dans certains cas. Bien exécutée, et au bon moment, elle amène, d'après M. Cazin de Berck-sur-Mer « la rapidité de la cure, la persistance des guérisons, la diminution notable de la durée du traitement et des terminaisons par phtisie pulmonaire. »

Il n'entre pas dans notre place de donner le manuel opératoire de l'intervention chirurgicale, ce sujet ayant été traité plus d'une fois. Notre but, et c'est pour cela que la forme et la marche de l'adénite tuberculeuse nous était indispensable à bien connaître, d'adapter chacun de ces traitements au stade auquel il

convient, et cela suivant le sujet atteint de cette affection. Nous citerons à l'appui de ce que nous dirons des observations inédites, dont plusieurs, dues à l'obligeance de M. Beurnier, chirurgien de l'hôpital de Moissellès.

APPLICATION DE CES TRAITEMENTS AUX DIFFÉRENTES VARIÉTÉS CLINIQUES DE L'ADÉNITE TUBERCULEUSE.

D'après Billroth, c'est entre 8 et 20 ans, que l'adénite tuberculeuse apparaît le plus fréquemment, mais on peut la trouver avant et après. C'est donc une maladie de la seconde enfance et de la jeunesse.

Chez l'enfant qui n'a pas atteint l'âge de 8 ans, on peut rencontrer toutes les variétés que nous avons déjà décrites et si importantes pour l'étude du traitement. Dans ce qui va suivre, nous supposerons, bien entendu, le diagnostic bien établi, diagnostic qui n'est pas sans difficulté avec le lymphadénome et les manifestations analogues syphilitiques et cancéreuses. Nous supposerons encore que l'adénite est la seule manifestation actuelle de la tuberculose chez le sujet, et ceci posé, quelle conduite aurons-nous à tenir ?

Nous [nous conformerons évidemment aux

indications du traitement général : toniques, hygiène, stations maritimes, etc. ; et ce n'est que si nous n'avons pu avoir par là aucun bon résultat sur les ganglions que nous nous déciderons à intervenir. Notons en passant que c'est chez l'enfant que le traitement général a le plus d'influence, et on verra, en s'en rapportant aux statistiques de M. Cazin, de Berck-sur-Mer, qu'à lui seul il réussit souvent à amener la guérison, comme nous l'avons déjà dit plus haut.

Mais l'enfant est revenu de la station maritime, sans aucune amélioration. Son état général est resté le même et il montre tous les signes ordinaires des strumeux, quoique il n'y ait aucune autre manifestation de la tuberculose.

Ici nous nous reporterons à la division adoptée dans l'étude que nous avons faite des formes de l'adénite tuberculeuse d'après M. Lejars, et nous envisagerons chacun des cas particuliers.

Chez l'enfant une des formes les plus fréquentes est celle-ci. Un ganglion ou deux se prennent dans la région sous-maxillaire ou sous-mentale et l'indolence est un de leurs principaux caractères, mais on peut aussi trouver la grappe et le paquet poly-ganglionnaires.

1° Les ganglions sont mobiles sous la peau et sur les parties profondes, durs, non ramollis ni suppurés, il ne semble pas y avoir de péri-adénite. Dans ce cas nous n'hésiterons pas ; la méthode qui nous semble la plus simple et la

plus radicale, c'est l'extirpation. Nous bénéficierons de tous ses avantages et les dangers ne sont pas encore à craindre.

Nous citons une observation personnelle qui vient s'ajouter à tant d'autres, la question ici ne souffrant aucune difficulté et étant tranchée presque à l'unanimité ;

2° L'extirpation sera encore la méthode à employer si les ganglions pris sont ramollis ou suppurés, étant encore absolument distincts des parties avoisinantes et la peau intacte ;

3° Mais la peau est rouge et de plus il y a une zone inflammatoire autour de la masse ganglionnaire qui est plus ou moins fixée par des adhérences profondes ou bien ;

4° La masse ganglionnaire forme une tumeur volumineuse uniformément dure et adhérente dans la profondeur sans modifications de la peau. C'est ici que l'extirpation a ses partisans et ses adversaires, que chacun fait valoir ses arguments ; il nous semble que dans ce cas la difficulté de l'ablation devient plus grande, le champ opératoire plus obscur et nous nous rangerons à l'opinion de M. Trélat, qui sans être un adversaire systématique de l'extirpation, puisqu'il l'a pratiquée lui-même plusieurs fois, bornait dans ce cas sa première intervention aux injections modificatrices. On emploiera, par exemple, des injections de naphtol camphré qui n'excluent d'ailleurs pas les injections générales.

Les ganglions ne disparaissent pas, mais ils se transforment, diminuent, deviennent mobiles et préparent ainsi la voie à l'ablation complète ; nous retombons alors dans les cas précédents. Ce procédé donne de bons résultats et nous sommes heureux de citer une observation qui nous est fournie par M. Beurnier et qui peut faire juger de l'acheminement que l'on prépare ainsi vers la guérison.

5° La tumeur est ramollie par places avec la peau souvent violacée à ce niveau. On se rapportera alors à l'incision, au curettage des foyers et aux injections interstitielles dans les parties dures. L'extirpation, qui non-seulement serait dangereuse dans ce cas, ne présenterait aucun avantage, car la réunion immédiate ne serait pas souvent obtenue et l'on aurait le plus souvent affaire à une cicatrisation vicieuse avec cicatrice exhubérante.

D'ailleurs, peu de chirurgiens espèrent, dans ce cas particulier, obtenir l'extirpation complète des ganglions, et dans les services d'enfants que nous avons fréquentés, c'est au curettage et à la cautérisation que la plupart donnent la préférence.

Ce que nous venons de dire des variétés d'adénite que l'on trouve chez l'enfant peut se dire également de l'adulte. Notons seulement

les adénopathies cervicales décrites et étudiées depuis longtemps par les chirurgiens militaires. Le frottement du col d'uniforme, la contusion chronique produite par le fusil sur le creux sus-claviculaire amènent, on s'accorde à le reconnaître aujourd'hui, la localisation de la tuberculose dans les ganglions cervicaux.

L'évolution peut se faire en quelques jours. Dans ce genre d'adénites, provoquées par ces traumatismes professionnels, nous nous trouvons généralement en présence d'un chapelet ganglionnaire très développé. On a vu jusqu'à 30 et 40 ganglions dont les uns gros comme des petits pois et les autres dominant la scène par leur volume. Nous l'avons déjà dit, le traitement général a moins d'influence sur l'adulte que sur l'enfant, l'évolution de l'affection est plus rapide, et nous nous trouvons en face d'un organisme mieux fait pour résister au choc respiratoire. Aussi malgré les craintes de M. Poulet (Société de Chirurgie, 1884), croyons-nous que l'extirpation peut être menée à bien et donner de bons résultats, comme nous l'avons vu dans plusieurs cas, entre autres à Cochin chez M. Quénu. L'ablation chirurgicale doit donc être pratiquée, mais toujours à la condition, comme précédemment, que les ganglions ne forment pas une masse énorme, adhérente, prenant un côté du cou, ulcérée et fistuleuse; car les inconvénients dénoncés plus haut reparaitraient, et il

serait préférable de recourir au curettage et aux injections modificatrices, locales ou générales.

Ce que nous disions de ce genre particulier d'adénopathies se rapporte également aux autres variétés de l'adulte et qui d'ailleurs sont au point de vue clinique les mêmes que celles que nous étudierons tout-à-l'heure.

Chez les vieillards, la question est plus délicate. Moins rare qu'on ne le pense généralement, l'adénite cervicale peut avoir chez eux différents modes. Nous trouvons dans une thèse de M. Bourdelais d'intéressantes observations qui ont trait au sujet qui nous occupe (Bourdelais, Obs. IX et XI).

Attribuées généralement aux fatigues, aux chagrins, à la misère, les adénopathies présentent chez eux des formes bien différentes.

Ou bien l'évolution est très lente, et le début de l'affection peut remonter très loin.

Dans ce cas, il est préférable de n'intervenir que le plus tard possible, car chez le vieillard surtout la généralisation n'est pas à craindre. Si les ganglions ne sont pas une gêne intolérable, s'ils ne suppurent pas encore, nous essaierons donc des injections modificatrices générales, mais nous nous garderons de toucher aux ganglions eux-mêmes, de peur d'accélérer leur évolution.

Si les ganglions sont des masses complètement isolées, si l'état général est bon, l'extir-

pation peut encore avoir lieu comme dans les cas antérieurs et l'observation que nous empruntons à Nève (Nève. Obs. XXIII) est un succès éclatant, mais, nous le répétons, la marche dans ce cas est très lente, la généralisation peu à craindre.

Ou bien la marche de l'adénopathie est rapide et nous nous trouvons en face de ce qu'on appelait la scrofule des vieillards. Sous l'influence des causes indiquées plus haut on voit des ganglions tuberculeux surgir tout-à-coup, passer rapidement par toutes les phases que nous avons étudiées et arriver à la suppuration.

Il est évident que nous avons ici à intervenir pour combattre cette suppuration qui est une grande cause d'affaiblissement et les observations que nous citons à cet égard prouvent que par le traitement médico-chirurgical, l'incision et le grattage, les injections modificatrices, on peut arriver à des résultats qui nous dispensent de recourir chez le vieillard à une opération dangereuse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Adénite tuberculeuse du cou chez un enfant. Extirpation
(Obs. personnelle).

Le nommé X..., âgé de sept ans, est soigné à l'hôpital de Moisselles pour une adénite tuberculeuse du cou limitée à deux ganglions sous-maxillaires du côté droit. Chacun de ces ganglions est du volume d'une grosse noisette et est ramolli, mais non fluctuant. La peau est à peine rouge, et il n'y a pas cliniquement de périadénite notable. La mobilité des deux masses ramollies est parfaite. Dans ces conditions, l'hésitation n'est pas possible, et l'extirpation est pratiquée. Le foyer est soigneusement nettoyé avec la curette et cautérisé au chlorure de zinc au dixième. La réunion immédiate est tentée avec drainage. Au bout de dix jours, le drain est enlevé; quatre jours après, ablation des fils; la réunion est complète et parfaite; il ne reste plus que l'orifice du drain, qui est lui-même cicatrisé au bout de dix jours. Cette opération date de six mois; et, depuis, le succès ne s'est pas démenti.

OBSERVATION II

Adénites tuberculeuses multiples du cou. Extirpation à gauche, injections modificatrices à droite (obs. communiquée par M. Beurnier, chirurgien des hôpitaux).

S..., âgée de 9 ans, est soignée à l'hôpital de Moisselles pour des adénites tuberculeuses multiples du cou. A gauche elle a eu deux ganglions isolés et mobiles, qui se sont ramollis, dans la région sous-maxillaire. Le Dr Ménard a pratiqué l'ablation de ces deux ganglions il y a un an à Berck-sur-Mer ; l'opération a été facile et n'a été suivie d'aucun accident. Aujourd'hui, il ne reste qu'une cicatrice légèrement violacée, mobile sur les parties sous-jacentes, nullement surélevée et non douloureuse, de plus, elle ne tend pas à s'élargir, et il est à présumer qu'elle deviendra de moins en moins apparente. Elle mesure environ 4 centimètres de longueur sur un millimètre environ de largeur.

Du côté droit, la malade présente une masse ganglionnaire du volume d'une demi-orange occupant la région sous-maxillaire et la région parotidienne, s'étendant en avant jusqu'à la région sous-hyoïdienne ; en arrière jusqu'à la région mastoïdienne et ayant envahi en haut et en avant le ganglion préauriculaire. Cette masse était, au moment où nous vîmes pour la première fois la malade, uniformément dure, de consistance égale partout et nullement mamelonnée ; aucune distinction n'était possible entre les ganglions qui la formaient et qui étaient reliés entre eux par de la péri-

dénite, de sorte que la tumeur ne formait qu'une masse unique. La peau était partout violacée et adhérente ; de plus, la tumeur n'était nullement mobile et était complètement adhérente dans la profondeur. Pas de réaction générale ; l'enfant paraît jouir d'une bonne santé, on ne relève sur elle que les traces d'anciennes scarifications qui lui ont été pratiquées à Beck-sur-Mer il y a deux ans pour des ulcérations tuberculeuses de la face, qui ont aujourd'hui complètement disparu.

M. Beurnier, chirurgien de l'hôpital de Moisselles, repousse l'extirpation de cette énorme masse, parce qu'elle ne pourrait être faite sans intéresser forcément les gros vaisseaux du cou ; de plus, il pense que la cicatrice obtenue serait nécessairement énorme et pourrait devenir très défectueuse. Il se borne à instituer un traitement médico-chirurgical ; outre le traitement général, il pratique deux fois par semaine dans la tumeur des injections de naphtol camphré. Au bout de six semaines de ce traitement, la masse a diminué d'un tiers, et la pariadénite s'est notablement résolue, de sorte que la tumeur présente à la surface des saillies constituées par les ganglions et séparées par des dépressions. A ce moment les injections locales sont remplacées par des injections de gaïacol faites dans diverses régions (cuisse, lombes, etc.). Sous cette influence la tumeur a encore diminué, et elle n'est plus aujourd'hui que la moitié de ce qu'elle était. De plus, si l'on se décide maintenant à une intervention, le foyer opératoire sera aseptique, l'intervention beaucoup plus limitée et plus facile, d'autant plus que la tumeur commence à présenter une certaine mobilité sur les parties profondes. On peut donc espérer pouvoir intervenir utilement d'ici à

•

quelque temps et obtenir un résultat comparable à celui du côté opposé.

OBSERVATION III

Adénite tuberculeuse sous-maxillaire suppurée chez un enfant. Incision et grattage.

La nommée X..., âgée de 2 ans 1/2, présente une tumeur située dans la région sous-maxillaire gauche. Cette tumeur est complètement fluctuante ; cependant la peau n'est pas rouge ; il n'y a aucune ligne d'inflammation franche ; et l'enfant n'a ni fièvre ni réaction générale et ne semble pas souffrir. Le diagnostic d'adénite tuberculeuse ne peut être douteux en présence de ces lignes et en l'absence de toute lésion pouvant cliniquement être la cause première de cet abcès. Une injection de naphtol camphré est pratiquée. Au bout de huit jours, la peau devient de plus en plus violacée, mais toujours sans qu'il y ait douleur. Dans la profondeur il semble y avoir une coque volumineuse, épaisse, adhérente aux organes sous-jacents.

Dans ces conditions, l'extirpation n'est pas conseillée. On pratique une incision du foyer juste assez grande pour qu'on puisse y introduire une curette ; puis les parois sont soigneusement curettées, cautérisées au chlorure de zinc au dixième, et la cavité très vaste est bourrée de gaze iodoformée. Au bout de deux mois, la cavité est comblée, et il ne reste qu'une cicatrice très petite, longue de deux centimètres et large d'un millimètre. Cette cicatrice est d'abord rosée, légèrement

déprimée; elle devient peu à peu blanchâtre, sans que la dépression augmente. Actuellement depuis trois ans, la guérison s'est maintenue sans aucune menace de suppuration, et la cicatrice est à peine visible.

OBSERVATION IV

Adénites tuberculeuses multiples du cou chez une enfant.
Injections modificatrices (Obs. personnelle).

La nommée X..., âgée de 13 ans, en traitement à l'hôpital de Moisselles, présente sur les parties latérales droite et gauche du cou de nombreuses cicatrices provenant d'ablations de ganglions tuberculeux pratiquées à Berck-sur-Mer. A gauche, deux cicatrices existent; l'une de cinq centimètres de longueur environ à la région sous-maxillaire, l'autre de sept centimètres de longueur à la région sterno-mastoïdienne; la première est un peu oblique de haut en bas et d'avant en arrière; la seconde est dirigée dans le sens des fibres du chef sternal du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Ces deux cicatrices sont violacées, exhubérantes, et au milieu de chacune d'elles existe un petit pertuis fistuleux donnant issue à un liquide séro-purulent. Ajoutons que ces cicatrices sont adhérentes aux parties sous-jacentes.

A droite, il existe trois cicatrices: l'une au niveau de la région mastoïdienne, une seconde dans la partie supérieure de la région parotidienne, une troisième à la région sous-maxillaire. Ces cicatrices présentent les mêmes caractères que celles de la région latérale gauche du cou, mais elles sont encore plus exubérantes et

plus défectueuses. Celle de la région parotidienne offre deux fistules en cul-de-poule donnant lieu à un écoulement de liquide séro-sanguinolent contenant de nombreux globules de pus. L'état général est très satisfaisant. Cette jeune fille est grande et a tous les caractères extérieurs d'une bonne santé.

Les fistules sont cautérisées plusieurs fois profondément au thermo-cautère sans grande amélioration, et il est probable qu'on sera obligé d'intervenir ; mais le point important, sur lequel nous voulons insister, c'est que, il y a quatre mois, apparut, à deux centimètres au-dessous de la cicatrice parotidienne du côté droit, un gonflement provenant nettement d'un ganglion tuberculeux sans altération de la peau, mais adhérent aux parties profondes. L'extirpation ne fut pas jugée opportune à cause des résultats défectueux chez cette malade des précédentes opérations et à cause des adhérences profondes. Des injections de naphthol camphré furent pratiquées dans cette tumeur, qui était ramollie sans être fluctuante ; ces injections furent renouvelées deux fois par semaine pendant deux mois ; et, au bout de ce temps, la masse, qui primitivement avait le volume d'une noix, était réduite à celui d'une très petite noisette. Elle s'est maintenue ainsi jusqu'à l'heure actuelle, bien que tout traitement ait été cessé, sauf la médication générale.

OBSERVATION V

Adénite tuberculeuse chez un enfant de huit ans. Injections modificatrices (Obs. personnelle).

La nommée X..., en traitement à l'hôpital de Moisselles, présente à la région sterno-mastoïdienne gauche une tumeur du volume d'une mandarine, avec la peau violacée et amincie, très adhérente profondément. Aucun point n'est ramolli, et la surface de la tumeur est lisse et unie. Le diagnostic d'adénite tuberculeuse ne peut être douteux.

L'extirpation ne paraissant pas opportune à cause des adhérences totales profondes et superficielles, on pratique pendant trois mois des injections de naphthol camphré dans la tumeur et des injections de gaïacol aux cuisses et aux lombes. Sous l'influence de ce traitement, la masse a diminué de moitié et ne gêne plus les mouvements du cou. La peau est redevenue presque normale, et l'on juge que l'état s'est suffisamment amélioré pour qu'on n'ait pas besoin actuellement de recourir à une autre intervention.

OBSERVATION VI

Adénite tuberculeuse sous-maxillaire non suppurée chez une adulte. Extirpation.

La nommée X..., âgée de 19 ans, présente à la région sous-maxillaire droite] une tumeur du volume

d'une noix, sans modification de la peau et absolument mobile sur la peau et sur les parties profondes. Cette tumeur est manifestement ganglionnaire, sans péri-adénite appréciable et présente tous les caractères de l'adénite tuberculeuse non ramollie. L'état général est satisfaisant, bien que la malade soit très mince, rousse et paraisse peu vigoureuse.

L'extirpation est conseillée et pratiquée à l'hôpital Broussais, le 8 septembre 1894, sans difficulté. La réunion immédiate est tentée avec succès sans drainage.

La malade, qui n'a pas été admise à l'hôpital, revient au bout de huit jours; la réunion est parfaite. Nous avons reçu il y a un mois des nouvelles de cette jeune fille, qui habite la province. La guérison est parfaite jusqu'à ce jour, et il paraît que la cicatrice est actuellement à peine visible; il reste seulement une traînée blanchâtre qui semble avoir été faite avec la pointe d'une épingle.

OBSERVATION VII

Salle Cochin. Hôpital Cochin.

Adénite tuberculeuse cervicale suppurée.

B... Laurent, suisse, entré à l'hôpital le 27 mai 1895, âgé de 23 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère tuberculeuse, sœur morte à 13 ans?

Antécédents personnels. — A 13 ans, adénites multiples des régions cervicales droite et gauche. L'adénite du côté droit a suppuré.

Dès le même temps écoulement séro-purulent des deux oreilles à 17 ans. Embarras gastrique fébrile.

Profession : a travaillé la terre, 19 ans. Depuis deux ans à Paris où il est garçon *de magasin*.

Il y a 18 mois début d'une adénite au sommet de la région sus-claviculaire droite, puis généralisation.

Actuellement la région cervicale est déformée ; élargie dans le sens transversal par la présence de ces tumeurs ganglionnaires.

A droite on constate la présence de deux masses, l'une plus petite, étendue de l'angle du maxillaire, enfoncée au milieu de la région sus-hyoïdienne.

L'autre plus volumineuse à contours assez bien limités occupant le sommet du triangle sus-claviculaire.

De consistance assez ferme toutes deux mobiles sous la peau qui n'est pas modifiée et sur les plans profonds.

La plus petite est seule douloureuse à la pression.

A gauche la tumeur plus volumineuse s'étend en haut jusqu'à la loge parotidienne, en arrière jusqu'au bord postérieur sterno-cléido-mastoïdien ; tandis qu'en arrière elle dépasse le bord antérieur du trapèze. En bas elle descend jusqu'au tiers inférieur du triangle sus-claviculaire.

De plus il existe profondément devant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien une petite masse.

Etat général : faciès de strumeux.

Rien aux poumons, aux épидidymes.

Rate normale à la percussion.

Avait suivi le traitement général, pas d'autres engorgements ganglionnaires.

Prend actuellement liqueur de Fowler.

Opéré le 6 juin. Ablation des masses de droite.

Actuellement les cicatrices sont normales, en rien gênantes et pourront même être dissimulées facilement par la barbe. M. Quénu compte faire la même opération du côté opposé.

OBSERVATION VIII

Adénite tuberculeuse du cou chez un homme de 59 ans. Incision, grattage et injections (communiquée par M. Beurnier, chirurgien des hôpitaux).

Le nommé X..., âgé de 59 ans, employé de commerce, se présente, en juillet 1894, au D^r Beurnier, avec une énorme tumeur ganglionnaire du côté droit du cou, suppurée en plusieurs endroits; et réclamant une intervention. Cette tumeur a le volume du poing; elle est recouverte par une peau mince et violacée, et est complètement adhérente dans la profondeur. Le diagnostic de tuberculose ganglionnaire n'est pas douteux, d'autant plus que le malade est atteint de tuberculose pulmonaire au deuxième degré. L'ablation étant jugée imprudente et impossible pour la partie profonde de la tumeur il n'y a à hésiter qu'entre le curettage et les injections modificatrices. M. Beurnier agrandit au bistouri les trois fistules que présente le malade, curette les foyers, et, vu l'état de la peau, ne juge pas à propos de réunir et bourrer les cavités de gaze iodoformée. Au bout de quinze jours, il pratique dans le reste de la tumeur des injections d'éther iodoformé, une tous les cinq ou six jours. Quatre mois plus tard, les cavités sont comblées et ont

cessé de suppurer, et le reste de la tumeur a diminué d'un tiers au moins. Le succès ne s'est pas démenti jusqu'au mois de juin 1895, où le malade est mort des progrès de la tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION IX

Adénite tuberculeuse chez le vieillard. Incision et grattage
(Obs. personnelle).

Le nommé X..., âgé de 63 ans, se présente en février 1895 à la consultation de l'hôpital Lariboisière. Ce malade présente à la région sterno-mastoidienne droite une tumeur du volume d'un œuf, avec des éminences et des dépressions manifestement ganglionnaires. En deux endroits de cette tumeur il y a une partie grosse comme une noisette, ramollie et presque fluctuante. On fait venir ce malade dans la salle; on incise et gratte ces deux cavités, qu'on cautérise au chlorure de zinc et qu'on bourre de gaze iodoformée. En un mois elles sont comblées; on pratique ensuite dans le reste de la masse des injections d'éther iodoformé et, au bout de deux mois, la tumeur était réduite au volume d'une noix. A ce moment, le malade cessa de se présenter à l'hôpital.

OBSERVATION DU DOCTEUR NÈVE.

(Nève, Obs. XXIII).

Le sterno-mastôidien est divisé. On enlève trente ganglions; les uns adhérents, on blesse la jugulaire in-

terne qui est liée. Réunion par première intention à droite.

A gauche, immense masse sterno-mastoïdienne et sous-maxillaire: On divise le sterno-mastoidien, on lie l'artère faciale, on extirpe 40 glandes les unes caséuses. Réunion par première intention.

La malade, âgée de 60 ans, quitte l'hôpital, complètement guérie, 16 jours après la deuxième opération.

CONCLUSIONS

Nous n'avons certes pas la prétention de clore le débat, notre but est plus modeste, et nous tirerons seulement les conclusions qui nous semblent résulter logiquement de nos observations et de nos recherches.

1. — Les traitements que nous avons étudiés ont tous donné des résultats plus ou moins complets et aucun d'eux n'est à négliger, car il peut trouver tôt ou tard son application.

2. — Le traitement général à lui seul suffit souvent, surtout chez les enfants, à amener la guérison.

3. — Le seul radical est l'extirpation complète des ganglions tuberculeux. Les autres n'amènent qu'une amélioration qui, il est vrai, peut souvent suffire.

4. — L'indication de l'extirpation est formelle

dans certains cas, mais quelquefois les difficultés et les dangers de l'opération peuvent faire hésiter et préférer d'autres procédés. Mais toujours quand on le pourra, il faudra adopter cette méthode de préférence aux autres.

Vu par le Président de la thèse,
STRAUS.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- GORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique.
- GRANCHER. — Dictionnaire des Sciences médicales. Scrofule.
- TRÉLAT. — Clinique chirurgicale.
- STRAUS. — La tuberculose et son bacille.
- THAON. — Thèse de doctorat, 1873.
- LEJARS. — Traité de chirurgie. Des adénites tuberculeuses.
- CAZIN. — De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants.
- QUINQUAUD. — De la scrofule dans ses rapports avec la phtisie pulmonaire.
- DENOY. — Thèse de Lyon, 1891.
- NEVE. — American Journal of medic. sc., juin 1892.
- CHAUVEL. — Société de chirurgie, 1884.
- LANNELONGUE. — La tuberculose chirurgicale.
- BOURDELAIS. — De la scrofule chez les vieillards.
- MANSON. — Th. Paris, 1895. Traitement des adénopathies tuberculeuses par l'extirpation.
- GAUDEMARD. — Thèse de Bordeaux, 1893.

